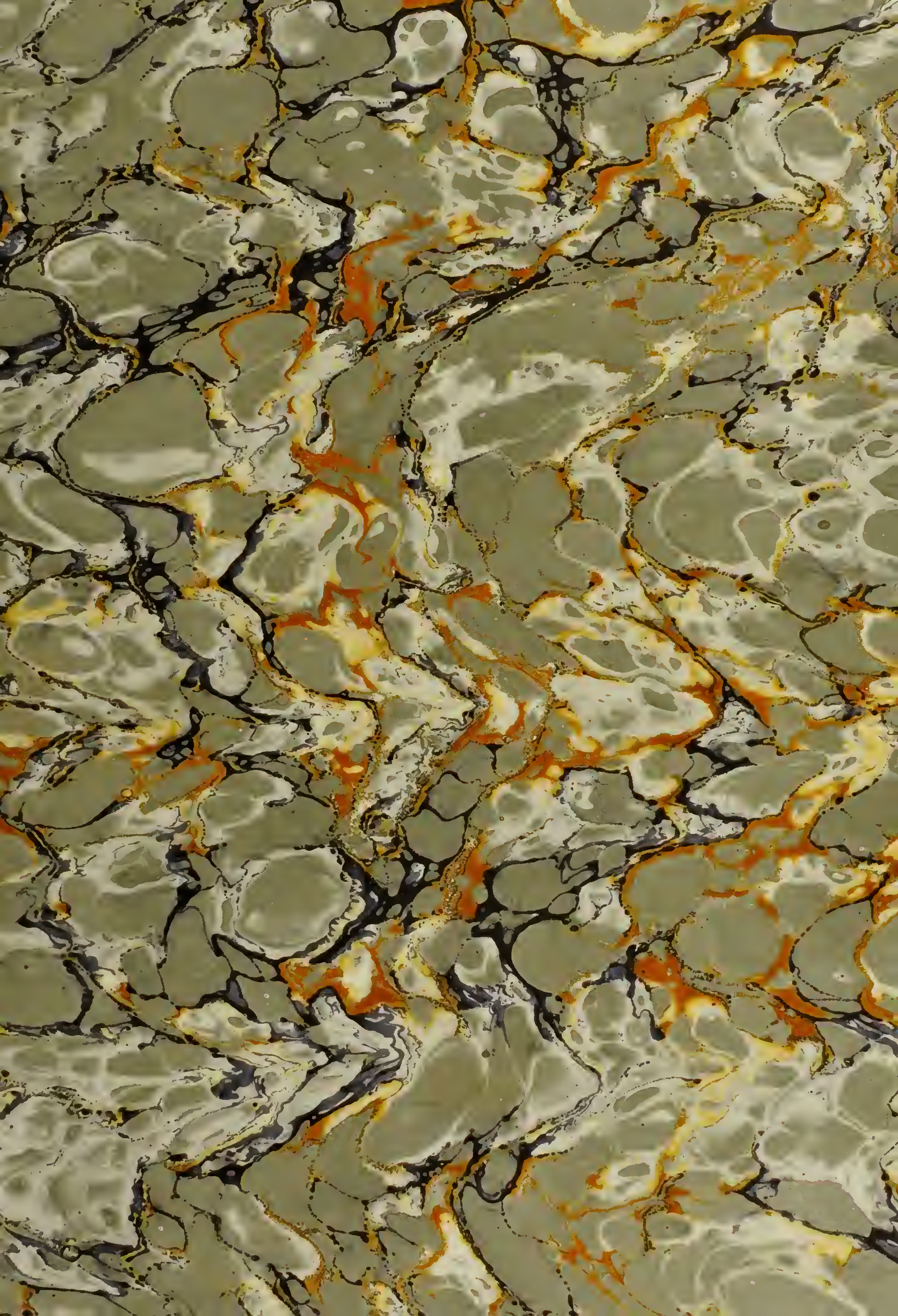


THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 6 *mai* 1839,

Par ATHANASE-J.-P. GRESSOT, de Grandmont
(Côte-d'Or).

I. — Des coliques envisagées sous le point de vue de la séméiologie.
II. — Des obstacles à l'accouchement apportés par le col utérin.
III. — Des fonctions du nerf glosso-pharyngien.
IV. — De l'élasticité et de la compressibilité des fluides élastiques. Loi de Mariotte ; sa démonstration.

(Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.)

PARIS.

IMPRIMERIE ET FONDERIE DE RIGNOUX,
IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
Rue des Francs-Bourgeois-Saint-Michel, 8.

1839

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, DOYEN.

	MM.
Anatomie	BRESCHET.
Physiologie	BERARD (aîné).
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie et Chimie organique	DUMAS.
Hygiène	ROYER-COLLARD.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. GERDY.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ANDRAL.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	....
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	....
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. BOUILLAUD, Président. CHOMEL. ROSTAN, Examinateur.
Clinique chirurgicale	JULES CLOQUET. SANSON (aîné). ROUX. VELPEAU.
Clinique d'accouchements	DUBOIS (PAUL).

Agrégés en exercice.

MM. BAUDRIMONT.
BOUCHARDAT.
BUSSY.
CAPITAINE.
CAZENAVE.
CHASSAIGNAC.
DANYAU.
DUBOIS (FRÉDÉRIC).
GOURAUD.
GUILLOT.
HUGUIER, Examinateur.

MM. LARREY.
LEGROUX.
LENOIR.
MALGAIGNE.
MÉNIÈRE.
MICHON.
MONOD.
ROBERT.
RUFZ.
SÉDILLOT.
VIDAL, Examinateur.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE.

Regrets éternels!

A MES FRÈRES.

Témoignage de reconnaissance, dévouement et amitié inaltérables.

A.-J.-P. GRESSOT.

DE

LA FIÈVRE PUERPÉRALE

ÉPIDÉMIQUE.

Observatione medicina crescit.
(STOLL.)

J'ai cru devoir, à l'exemple de quelques médecins, et entre autres, de M. le professeur P. Dubois, employer la dénomination de *fièvre puerpérale*, de préférence à celle de *métro-péritonite puerpérale,* attendu que, dans certains cas, il n'existe d'inflammation ni de la matrice ni du péritoine. Sans doute cette expression est vague, indéterminée; mais ne portant avec elle l'idée d'aucun genre de lésion, elle ne peut avoir l'inconvénient d'accréditer ou de propager aucune erreur.

Caractères anatomiques. — Le péritoine est rouge ou pâle; il renferme dans sa cavité un épanchement séro-purulent plus ou moins considérable au milieu duquel nagent des flocons blancs, ou du pus bien lié qui se trouve surtout dans le petit bassin. Le tissu cellulaire sous-péritonéal est, dans un très-grand nombre de cas, infiltré de pus. Il n'est pas rare de trouver les ovaires et les trompes frappés de suppuration, et leurs vaisseaux lymphatiques malades. La face externe de l'utérus est lisse, d'un blanc jaunâtre, rougeâtre, tapissée quelquefois de fausses membranes. Ses parois, plus ou moins épaisses, sont molles, cèdent facilement aux moindres tractions. Sa surface interne est recouverte de lochies brunes ou sanguinolentes, semi-liquides, exhalant parfois une odeur infecte; ou bien elle est occupée par des

eschares plus ou moins étendues. Le détritus enlevé par un courant d'eau laisse voir le tissu propre de l'utérus dont les couches superficielles sont ramollies, et réduites parfois en putrilage. La couleur est variable, livide, ou marbrée de points rouges. Le museau de tanche injecté, d'une moindre consistance, est infiltré de pus. La matrice peut être ramollie dans toute son épaisseur, comme elle peut avoir conservé sa consistance normale, ne présenter qu'une teinte grise sans aucune trace de pus dans les vaisseaux et le tissu cellulaire. On peut trouver des espèces d'abcès dans son tissu.

On aperçoit au-dessous du péritoine des vaisseaux lymphatiques d'un blanc jaunâtre, et d'un volume variable. On les observe surtout vers les bords de l'utérus dans l'épaisseur des ligaments larges; souvent aussi on voit de ces vaisseaux au-devant du col d'où ils semblent partir. Le pus qu'ils contiennent a la plus grande analogie avec celui du petit bassin; il est blanc, bien lié, semblable à celui du phlegmon. Si on les ouvre, on les trouve à l'état normal; ils s'affaissent, preuve que leurs parois ne sont pas épaissies, et que le pus qu'ils contiennent provient de l'absorption. Cependant leur intégrité n'est pas constante; on rencontre quelquefois leur surface interne altérée, plus ou moins opaque, au lieu d'être blanche et pellucide; d'autres fois injectée, offrant des traces d'hypérémie, ou bien ramollie, facile à déchirer, ou bien enfin indurée. On peut trouver le tissu cellulaire environnant infiltré de pus, ou de sérosité jaunâtre. Mais ajoutons que la suppuration des vaisseaux lymphatiques est caractérisée dans plusieurs cas par de fausses membranes, et par une absence complète d'épanchement.

Les collections et l'infiltration purulentes au milieu du tissu de la matrice sont deux lésions assez rares, et quand on les rencontre, les lymphatiques qui les traversent ou qui les avoisinent ne présentent pas constamment du pus; ils sont, au contraire, dans un état d'intégrité parfaite.

On a constaté la coïncidence de la suppuration des vaisseaux lymphatiques avec celle de la face interne de l'utérus; bien plus, ce même

état a été observé lorsqu'il n'existait à la surface interne de la matrice qu'une simple couche sanguinolente.

Mais un des faits les plus frappants, c'est la suppuration des vaisseaux lymphatiques, indépendamment de toute trace de suppuration, de toute altération du péritoine, de l'utérus et de ses annexes. Trois faits de ce genre existent dans les annales de la science : deux publiés par M. Tonnellé, sans aucun détail, et l'autre par M. le professeur Cruveilhier. Cela doit faire admettre une inflammation des parois des vaisseaux lymphatiques, car lorsqu'ils contiennent de la suppuration, et présentent de la rougeur, ou bien des concrétions pseudo-membraneuses, ou bien que les parois ont augmenté d'épaisseur, ou qu'ils sont ramollis et fragiles, que le tissu cellulaire ambiant est induré, on ne doit plus hésiter à considérer la présence du pus dans les vaisseaux comme le résultat de leur inflammation.

Si les vaisseaux lymphatiques sont épaissis, ramollis ou injectés et qu'ils soient superficiels et baignent au milieu de la suppuration du péritoine; s'ils rampent au travers du tissu cellulaire sous-péritonéal infiltré de pus, ou si, en suivant leurs radicules, on les voit se rendre vers un des points de l'utérus qui est le siége d'une suppuration, nul doute alors qu'ils ne soient enflammés. Mais cette phlegmasie est-elle primitive, ou bien n'est-elle pas la suite d'un phénomène d'absorption?

Si, au contraire, les vaisseaux lymphatiques sont sains, et qu'ils se trouvent au milieu de la suppuration, on ne peut pas dire, avec M. Nonat, que la présence du pus dans leur intérieur témoigne de leur inflammation, et, avec M. Tonnellé, que le propre des membranes pellucides est de ne laisser aucune trace d'inflammation. Voici comment M. Cruveilhier l'explique indépendamment de toute lésion du péritoine, de l'utérus et de ses annexes. Il admet que les vaisseaux lymphatiques ne sont pas enflammés dans les portions qu'on observe ordinairement, c'est-à-dire dans les troncs principaux, et l'absence de toute lésion phlegmasique en est pour lui un sûr garant. Mais le pus n'en est pas moins le produit d'une inflammation qui aurait atta-

qué un point plus ou moins éloigné du système lymphatique, et plus ou moins rapproché de ses ramifications capillaires. Le pus formé vers les radicules vraiment enflammées pourrait ainsi circuler dans le reste des vaisseaux sans en produire l'inflammation, et dès lors s'expliquerait l'absence de toute trace phlegmasique dans les vaisseaux d'un calibre déjà considérable.

Étiologie. — Nous ne nous dissimulerons pas, dans l'étude que nous allons faire de l'étiologie, combien il nous sera difficile d'arriver à la connaissance des vraies causes sous l'influence desquelles se développe la fièvre puerpérale. Disons-le d'avance, c'est une tâche presque impossible à remplir dans l'état actuel de la science. Cependant, malgré cette difficulté, nous essayerons d'indiquer celle que nous regardons comme la cause essentielle. Mais, avant d'aborder cette importante question, nous allons énumérer la plupart des causes occasionnelles. Parmi celles-ci, nous citerons les suivantes : les variations brusques de température, les écarts de régime, l'emploi intempestif de médicaments irritants, les manœuvres exercées pour terminer l'accouchement, la lenteur du travail, les tentatives prématurées qui ont pour but l'expulsion du placenta, et la destruction de ses adhérences avec la matrice, les impressions morales, la primiparité, une constitution lymphatique détériorée par les excès et la misère.

L'influence des localités sur la production de cette maladie est incontestable. On sait que lorsque les femmes en couches occupaient le rez-de-chaussée de l'Hôtel-Dieu, local mal aéré et humide, un très-grand nombre étaient prises de fièvre puerpérale qui s'y montrait à des intervalles très-rapprochés. L'épidémie est devenue moins fréquente depuis que l'on a disséminé les femmes dans d'autres établissements plus convenablement placés, et réunissant de meilleures conditions de salubrité. Cependant, malgré ces précautions hygiéniques, on la voit encore surgir à des époques plus ou moins éloignées, à la Maternité et à la Clinique de l'École. A quoi cela peut-il donc tenir ? Les causes que nous venons de passer en revue ne sont nullement suffisantes pour l'expliquer, car, quand on voit à la Clinique l'épidé-

mie frapper indistinetement et subitement les femmes réeemment accouchées, se trouvant pour la plupart dans dc très-bonnes eonditions, on se demande quelles sont les vraies causes d'une pareille maladie. Ce n'est eertainement pas la suppression seule des loehies par suite d'une variation brusque de température, pas plus que la prolongation d'un travail diffieile qui peuvent la faire naîtrc. Mais c'est plutôt quelque virus particnlier qui se développe dans certaines eonditions, tels que l'eneombrement, le défaut de renouvellement d'air qui se trouve eontinuellement vieié par les émanations putrides provenant de l'altération des loehies. Si à cette cause réelle viennent s'ajouter une certaine constitution atmosphérique ou médicale, ou bien quelques-unes des causes oecasionnelles, ne pourraient-elles pas imprimer à celle-là une modification que nous ne connaissons pas, et sous l'influence de laquelle se développerait la fièvre puerpérale? D'ailleurs, ne sait-on pas que cette maladie appartient exclusivement aux hôpitaux où l'on reçoit un très-grand nombre dc femmes en couches, car on ne la voit apparaître dans les villes qu'à des intervalles éloignés. D'où vient cette différence? N'est-il pas raisonnable de la reehercher dans les émanations miasmatiques dont nous venons de parler, et que nous eroyons être la cause la plus puissante et la plus active. Cette manière de voir est tout à fait conformc à eelle de Whit, de Leake et de Johnson, qui ont observé plusieurs épidémies de fièvre puerpérale attaquant à la fois un grand nombre de femmes en coueheS. Pour venir à l'appui de cette opinion, et pour la corroborer, nous allons citer les observations suivantes que nous avons reeueillies à la Clinique de l'Éeole, durant le eours de la dernière épidémie.

Première observation. — Le 5 mars, est entrée au n° 7 de la deuxième galerie la fille Lenoble, âgée de trente-trois ans, euisinière, d'une constitution assez forte, ayant déjà eu un premier aceouchement très-hcureux. Sa grossesse n'a été traversée par aueun aeeident; elle a seulement éprouvé, au eommencement, un peu de malaise qui s'est

dissipé promptement. Elle est accouchée le 14 mars à dix heures du matin, après un travail long et languissant, qui a nécessité l'application du forceps, vu l'état d'épuisement de la femme, et le danger que pouvait courir l'enfant, bien que cependant l'accouchemen eût pu se terminer naturellement.

Le même jour elle est prise, à deux heures, de coliques, et de frissons dans la soirée. Pendant la nuit, les coliques et les frissons augmentent d'intensité. Le 15, pas de mieux malgré une application de quarante sangsues sur le ventre; la face est altérée, les lèvres desséchées, la langue sèche, couverte d'un enduit jaunâtre; le ventre est très-douloureux, météorisé; il n'y a pas de diarrhée ni de vomissement; les urines sont faciles, les lochies continuent de couler; le pouls est mou, dépressible, à 110, etc.

Deuxième observation. — Au n° 3 de la première galerie est couchée la fille Debray, domestique, âgée de vingt-trois ans, d'une constitution forte, primipare. Sa grossesse n'a rien présenté de remarquable, si ce n'est qu'elle a été réglée pendant les quatre premiers mois, mais moins abondamment qu'avant d'être enceinte. Elle est accouchée heureusement, le 16 mars; les suites de couches furent régulières jusqu'au 18, où elles se supprimèrent. Elle éprouva, dans la nuit, du frisson, des douleurs vives dans l'abdomen et les lombes. Le ventre est douloureux à la moindre pression; il n'y a pas de diarrhée ni de vomissement. Un peu de météorisme; le pouls est fréquent, médiocrement développé : altération de la face, gémissements continuels, grande prostration, etc.

Troisième observation.—Au n° 12 de la troisième galerie est couchée une femme âgée de vingt-huit ans, couturière, d'une constitution moyenne. Sa grossesse n'a rien offert de particulier, si ce n'est un peu de dérangement dans les digestions; elle est accouchée heureusement le 12 mars. Tout allait si bien qu'elle se disposait à quitter l'hôpital lorsque, dans la nuit du 19 au 20 mars, elle se plaint d'éprouver

de vives douleurs dans l'abdomen, dans les lombes; et en même temps elle est prise de frissons. Le 20, à la visite du matin, on trouve le ventre fortement météorisé, douloureux à la moindre pression; la soif est vive, pas de nausées ni de vomissements; altération des traits de la face; grande fréquence dans le pouls, qui est petit, concentré; agitation, inquiétude, etc.

Quatrième observation. — Au n° 8 de la deuxième galerie est couchée la femme Viard, âgée de trente ans, d'une très-bonne constitution. Elle a eu deux couches très-heureuses; sa dernière grossesse n'a été dérangée par aucun accident; elle est accouchée naturellement le 26 mars. Prise, le 27 au soir, de frissons, de fièvre, de vives douleurs dans l'abdomen, qui persistent le 28, à la visite du matin, malgré une application de quarante sangsues. Les traits du visage sont profondément altérés; cris répétés; respiration précipitée; langue blanchâtre, couverte d'un enduit jaunâtre à la base; soif vive, nausées, vomissements, ventre météorisé, très-douloureux à la pression; pouls fréquent, médiocrement développé, cent trente pulsations, etc.

Symptômes.

Invasion. — Elle apparaît le plus ordinairement du deuxième au cinquième jour; rarement plus tôt, quelquefois plus tard; d'autres fois elle saisit les femmes peu d'heures après l'expulsion du fœtus et de ses annexes, ou bien elle ne survient qu'à une époque plus ou moins éloignée de l'allaitement.

Un frisson dont la durée est variable, des claquements de dents, de fréquentes horripilations; quelquefois un malaise général, une lassitude spontanée, de l'agitation, ouvrent ordinairement la scène. D'autres fois, elle survient subitement sans qu'il se soit manifesté aucun trouble. Bientôt se montrent, au niveau de l'utérus, des douleurs plus ou moins vives, s'irradiant tantôt vers les lombes, tantôt vers l'épigastre ou l'ombilic, quelquefois à tout l'abdomen, accompagnées de

chaleur intense qui les rend très-incommodes. Parfois, elles acquièrent tant de violence que le poids des couvertures, l'application d'un topique, ne peuvent être supportés, qu'ils arrachent des cris aux malades, et les forcent de se tenir couchées sur le dos, les jambes fléchies sur les cuisses, et celles-ci sur l'abomen.

En général, la plus légère pression, le moindre mouvement, les augmentent. Cependant, il est des cas où la douleur est peu vive et existe à peine. Cette indolence du ventre peut en imposer et faire croire à une amélioration survenue de ce côté. Mais on doit éviter cette méprise en tenant compte des phénomènes généraux. Le ventre se météorise et se ballonne rapidement. Souvent il n'existe pas d'intervalle entre la douleur et le ballonnement qui se montre d'une manière constante. Les souffrances sont continuelles; il n'y a pas un instant de repos, de sommeil.

L'utérus n'est pas revenu sur lui-même; il remonte jusqu'à l'ombilic, et forme au-dessus des pubis une tumeur facile à limiter.

Les lochies se suspendent ou diminuent, ou bien elles peuvent n'éprouver aucun dérangement, augmenter même dans leur quantité. Mais le plus souvent elles sont remplacées par un flux séreux, blanchâtre ou purulent, plus ou moins abondant, accompagné d'un sentiment de cuisson et de chaleur; la muqueuse vaginale est d'un rouge vif; le méat urinaire boursouflé : de là une des causes de la rétention d'urine.

Phénomènes généraux ou sympathiques.

Le premier symptôme général sympathique qui s'offre à notre examen, c'est l'état du pouls qui acquiert une grande fréquence et qui devient souvent incommensurable dans les derniers jours. Il donne cent, cent dix, cent vingt, cent trente, jusqu'à cent cinquante pulsations par minute; il est petit, concentré, mou, très-dépressible.

La peau est chaude, sèche, âcre, se couvre d'une sueur visqueuse, d'un enduit terreux. Quelquefois de nombreuses pétéchies apparaissent

sur l'enveloppe tégumentaire. Ce dernier symptôme est d'une gravité extrême; il annonce une mort imminente. La face est pâle, abattue et presque toujours grippée. Enfin, les traits sont profondément altérés; elle revêt une empreinte de stupeur et de prostration, d'indifférence la plus complète pour tout ce qui concerne les malades. Les yeux s'enfoncent dans leur orbite, deviennent ternes, abattus et presque inanimés. La céphalalgie qui se montre dès le début fait bientôt place au coma ou à un léger délire continuel. La sensibilité et la myotilité diminuent et révèlent l'atteinte profonde portée au système nerveux.

L'état de la langue est variable: tantôt elle est humide, tantôt sèche et muqueuse, tantôt rouge, d'autres fois jaunâtre ou noire. Les lèvres et les dents deviennent fuligineuses. Il y a soif vive et inappétence. Des hoquets, des vomissements jaunes, verts, porracés se montrent et fatiguent beaucoup les malades par leur fréquence; ils sont accompagnés d'une sueur froide, visqueuse qui inonde la face, le haut du thorax, et d'un refroidissement des extrémités. Le dévoiement s'établit dès le début de la maladie ou peu après; les selles sont nombreuses, liquides, fétides, suivies ou précédées de borborygmes plus ou moins douloureux. Le dévoiement peut manquer, mais lorsqu'il existe, il hâte la terminaison fatale, aussi est-il d'un mauvais présage.

Si la sécrétion du lait n'est pas commencée, ordinairement elle n'a pas lieu; si elle l'était, souvent elle continue de se faire, mais peu abondamment, et dure moins que de coutume; les seins s'affaissent et se flétrissent par le défaut de sécrétion ou de la disparition du lait qu'ils contenaient.

La respiration est courte, gênée, stertoreuse; il y a quelquefois menace d'asphyxie, probablement par crainte de contracter le diaphragme dont le refoulement en bas augmente considérablement les douleurs abdominales. Cependant cette dyspnée n'est pas en rapport avec les douleurs du ventre, ni avec son météorisme, ni avec les organes thoraciques qui sont parfaitement sains. Cela doit dépendre de la sidération profonde du système nerveux.

Marche, durée, terminaison. — Elle est quelquefois si rapide que la maladie se termine dans l'espace de quelques heures; d'autres fois, les progrès sont moins prompts, et, après avoir acquis leur maximum d'intensité, ils peuvent décroître sensiblement: alors la douleur abdominale diminue; la tension du ventre devient moins grande; le pouls perd de sa fréquence en même temps qu'il acquiert de la force; la peau devient moite; la physionomie reprend son expression habituelle; les lochies et la sécrétion laiteuse reparaissent si elles avaient été supprimées, et la malade se rétablit peu à peu en conservant des douleurs passagères dans l'abdomen.

Quelquefois il arrive une époque où la maladie paraît s'amender: la douleur abdominale diminue ou disparaît complétement; la diarrhée s'arrête ainsi que les vomissements; les malades se trouvent mieux, se croient en voie de guérison et demandent des aliments. Mais il ne faut pas s'en laisser imposer par cette apparence de bien-être. La mort est alors imminente, si la douleur abdominale ayant cessé, le météorisme persiste ou même s'accroît, si la face conserve cette empreinte de stupeur, si les yeux restent caves et cernés, si le pouls redouble de fréquence, et s'il est très-faible; on peut être sûr que l'absence de douleur n'est qu'un résultat de l'affaissement nerveux.

Elle se termine constamment par la mort, lorsqu'il se manifeste des symptômes typhoïdes prononcés; ils annoncent que la matrice et ses vaisseaux lymphatiques sont remplis de pus. Parvenue à ce degré, la maladie ne laisse plus aucune lueur d'espérance; il n'y a, en quelque sorte, plus aucun remède à lui opposer.

Diagnostic. — Il se trouve établi d'avance, d'après les longs détails dans lesquels nous sommes entré. D'ailleurs les symptômes sont si tranchés dans cette affection, qu'il est impossible de la confondre avec aucune autre inflammation.

Pronostic. — Il est presque toujours grave, et la mort semble être la terminaison la plus fréquente. Les battements du pouls fournissent des

données sûres ; car si, malgré la diminution des autres symptômes et l'apparente cession de la maladie, la fréquence du pouls est restée la même, on doit craindre une rechute ou une autre lésion. Si le pouls monte à 140 puls., et qu'il soit petit, faible, c'est presque toujours un présage de mort. Si, au contraire, la fréquence du pouls est peu considérable, ou si on la voit diminuer graduellement, c'est un très-bon signe. Mais on doit se tenir sur ses gardes lorsqu'il diminue et augmente alternativement. Il en est de même de la gêne et de l'accélération de la respiration. La diarrhée et les vomissements devront aussi être pris en grande considération.

Quelle est la nature de cette maladie? — Elle est regardée comme inflammatoire par certains médecins, et non par d'autres. Quand on observe des lésions ressemblant à d'autres lésions qui sont le résultat d'une phlegmasie, on est tenté de la regarder comme inflammatoire. Mais si on envisage sa marche si rapide, sa durée de quinze ou vingt-quatre heures, on pense qu'une affection inflammatoire ne parcourt pas si promptement ses périodes; car il est à remarquer que de tous les genres de fièvres qui constituent la nature, l'élément principal de la fièvre puerpérale, le plus rare est l'inflammatoire. Ce qui nous confirme dans cette idée, c'est que les lésions que l'on trouve à la mort n'expliquent pas la gravité des symptômes que l'on a observés pendant la vie. On ne rencontre quelquefois qu'un simple épanchement dans le péritoine, ou dans les articulations, sans qu'il y ait eu de douleurs bien vives. D'autres fois même, et c'est le cas le plus rare, on ne trouve aucune lésion. D'après cela on peut voir que ce n'est pas une affection purement inflammatoire, mais modifiée par les causes actuelles, et dépendant probablement d'une altération des liquides, comme dans la fièvre typhoïde.

D'ailleurs, qu'est-ce qu'une inflammation qu'on guérit par les émétiques, par les toniques, etc., et dans laquelle les saignées générales aggravent souvent les symptômes, et provoquent presque sûrement la dégénération putride de la maladie? Et tiendra-t-on encore à l'idée de

l'inflammation lorsqu'on se rappelle que la fièvre puerpérale est le plus souvent épidémique, caractère que l'on ne rencontre presque jamais dans les phlegmasies ?

Suivant quelques médecins, le trouble qu'on observe dans certains organes dépend de la cause même qui agit ; suivant d'autres, il est produit par les lésions locales qui déterminent le trouble général : par exemple, s'il y a un épanchement purulent dans le péritoine, il se fait une absorption qui va causer ce trouble. Ainsi, lorsqu'on trouve du pus dans le foie, le poumon et le tissu utérin, on dit que la prostration observée pendant la maladie dépendait de l'absorption de ce même pus, qui est allé contaminer les liquides. Mais lorsque la mort est rapide, les liquides n'ont pas eu le temps d'être altérés. On a trouvé quelquefois les veines utérines remplies de pus, et on en a conclu qu'il avait été absorbé et entraîné dans le torrent de la circulation. Mais s'il en était ainsi, balayé qu'il est par cette circulation, on devrait en retrouver, après la mort, quelques traces dans les veines.

Avant de passer à la thérapeutique de la fièvre puerpérale, nous allons examiner rapidement et successivement les divers modes de traitement qui ont été mis en usage depuis un peu plus d'un siècle jusqu'à nos jours. Nous ne remonterons pas plus haut, par la raison qu'il n'a guère été observé d'épidémies avant cette époque. Nous verrons qu'il y a eu beaucoup d'incertitude dans le traitement de cette affection, et qu'il a varié suivant l'opinion que s'en sont faite les médecins qui l'observaient.

Au commencement de l'année 1713, de La Mothe observa à Rouen et à Caen une épidémie qui sévit sur un assez grand nombre de femmes heureusement accouchées, dont la plupart en moururent, quelque traitement qu'il employa.

En 1735, 1736, on en observa à Paris une autre qui frappa un grand nombre de femmes en couches ; elle fut traitée sans aucun succès par les saignées, qui parurent même nuisibles, mais avec avantage par les boissons délayantes, animées de sel d'Epsom.

Pouteau vit à l'Hôtel-Dieu de Lyon, au printemps de l'année 1750,

une maladie épidémique qu'il appela inflammation érysipélateuse du bas-ventre, et qui attaqua plusieurs femmes en couches. Les saignées furent infructueuses, mais le camphre donné à forte dose pouvait seul s'opposer au ravage de cette maladie.

Leake observa la fièvre puerpérale lorsqu'elle régnait épidémiquement à l'hôpital de Westminster, et dans la ville de Londres, pendant les années 1769, 1770, 1771. Lamaladie fut regardée comme le résultat d'une inflammation de l'épiploon détruit en grande partie par la suppuration et la gangrène. Il y avait épanchement. La saignée, au début, fut le remède le plus efficace, ensuite l'émétique à doses très-réfractées, favorisées par des boissons laxatives; le quinquina fut administré, lorsqu'il survint des symptômes de fièvre putride.

Fauken a donné la relation d'une maladie qui régna épidémiquement à Vienne, en 1771 et 1772, parmi les femmes en couches, et qui fut très-meurtrière. Le quinquina et le camphre furent les remèdes souverains.

Storck avait observé une maladie semblable, en 1770, à l'hôpital Saint-Marc, à Vienne. Il saigna, d'abord, parce qu'il regarda cette maladie comme inflammatoire; mais ce traitement étant évidemment nuisible, il fit donner le quinquina et le camphre à fortes doses, et, de cette manière, il sauva beaucoup de malades.

En 1773, une épidémie de fièvre maligne se manifesta dans une salle de l'infirmerie générale d'Édimbourg. Elle attaqua toutes les femmes accouchées; toutes succombaient, quel que fût le traitement mis en usage. Le professeur Young, soupçonnant que la maladie était sous l'influence d'une infection locale, fit fermer la salle jusqu'à sa parfaite purification, et cette précaution fut couronnée d'un plein succès.

Finke a laissé le tableau d'une constitution bilieuse qu'il a observée depuis 1776 jusqu'à 1780. Le traitement des femmes en couches ne différait en aucune manière de celui des autres maladies.

Stoll rapporte que dans l'été de 1777 toutes les nouvelles accou-

chées dans son hôpital furent atteintes de la maladie régnante. Il reconnut dans cette affection une fièvre bilieuse qui sévissait alors, et qu'il traita par les évacuants, dont il retira de bons succès, et conserva toutes ses malades.

En 1782, Doulcet fixa particulièrement l'attention sur une épidémie qui sévissait avec fureur contre les femmes en couches, et qui s'était manifestée à diverses époques, tant dans la ville que dans les hôpitaux, où elle régnait presque toujours épidémiquement : car, depuis 1774, elle reparaissait chaque année, et moissonnait un plus ou moins grand nombre de malades. On trouvait à la mort un épanchement assez considérable avec des grumeaux. La matrice était saine. Quel que fût le traitement mis en usage, il fut toujours impuissant, lorsqu'un jour Doulcet, témoin des vomissements, se décida à administrer quinze grains d'ipécacuanha, en deux doses, et répéta le vomitif le lendemain. Le résultat fut une diminution notable des symptômes. Il soutint les déjections alvines avec une potion huileuse contenant deux grains de kermès minéral, et presque toutes les malades guérirent.

John Klearke a donné la description très-détaillée d'une épidémie de fièvre puerpérale maligne qui régna en 1787, à l'hôpital général des femmes en couches à Londres. La mort arrivait le troisième jour. Il y avait dans le péritoine un épanchement considérable. Le quinquina, uni à l'opium, et administré à fortes doses, fut le seul moyen utile. Un léger vomitif fut parfois avantageux, lorsque le ventre était peu douloureux.

En 1793, Alphonse Leroy observa à Rouen une épidémie de fièvre puerpérale semblable à celle décrite par Doulcet. Elle fut traitée avec succès par le quinquina.

A l'hôpital de Dublin, dans le mois de décembre 1812, il se manifesta une péritonite puerpérale qui sévit avec une si grande intensité que toutes les femmes atteintes en moururent. Les médicaments semblaient plutôt exaspérer la maladie que la mitiger. Brenan, en désespoir de cause, eut recours à l'essence de térébenthine à l'intérieur et à l'extérieur.

En 1828, 1829, il se déclara à la Maternité une épidémie grave de fièvre puerpérale pendant les mois de janvier, mai, août, septembre; ce fut vers la fin de l'année 1828 que Désormeaux employa avec succès l'ipécacuanha. Pendant la plus grande partie de l'année suivante il fut encore employé, mais il ne réussit que dans quelques cas isolés.

En 1830, il se manifesta à la Maternité une épidémie très-meurtrière qui enleva un grand nombre de femmes en couches. On employa sans succès les émissions sanguines, l'ipécacuanha, les vésicatoires et l'onguent mercuriel.

En 1835, au mois d'avril, il survint à la Clinique de l'École une épidémie de fièvre puerpérale qui fut peu grave, grâce aux soins éclairés de M. le professeur P. Dubois qui, après les émissions sanguines, sut combiner les divers modes de traitement vantés contre cette affection.

Dans l'épidémie meurtrière de 1838, M. P. Dubois ne retira pas grand succès des émissions sanguines générales. Aussi, quand il y recourait, ne faisait-il que de faibles saignées pour voir si, sous leur influence, la maladie ne s'amenderait pas. Mais, comme le plus souvent elle s'aggravait, et que les malades tombaient dans la prostration, il finit par employer presque exclusivement les saignées locales qui étaient très-souvent suivies de diminution dans les douleurs abdominales; en même temps il administrait une potion huileuse lorsqu'il n'y avait pas de dévoiement, les toniques dans les symptômes typhoïdes, et enfin, quand tous les autres remèdes avaient échoué, il recourait, en dernier ressort, aux frictions mercurielles.

Traitement prophylactique.

La première indication qui se présente consiste à éloigner toutes les causes capables de faire naître ou d'entretenir la maladie; c'est pourquoi il faudra éviter les variations brusques de température, l'encombrement, renouveler et purifier l'air des appartements; isoler les femmes en couches, si elles étaient rassemblées dans un lieu resserré; changer souvent le linge; chauffer modérément les chambres;

faire des injections émollientes dans le vagin et la matrice, si les lochies acquièrent de la fétidité; laver les parties génitales avec une décoction de plantes émollientes; éloigner les femmes de tout ce qui peut faire naître des affections morales; enfin multiplier autour d'elles tous les moyens de salubrité convenables.

Traitement pharmaceutique.

Comme dans toutes les maladies inflammatoires, il existe trois méthodes principales: émissions sanguines, révulsifs et calmants.

Émissions sanguines. — Quelques praticiens préfèrent la saignée générale; d'autres aiment mieux la saignée locale. Les premiers se fondent sur ceci, qu'en désemplissant le système sanguin, ils jugulent l'affection dès le début; les seconds prétendent qu'ils combattent l'hypérémie sans produire beaucoup d'affaiblissement. Ces deux opinions sont bonnes et fondées. La saignée générale devra être employée lorsque la maladie est franchement inflammatoire, et la saignée locale sera bien préférable dans le cas contraire. Il y a des circonstances où elles doivent être combinées: alors la saignée générale doit être faite la première. Mais de toutes les médications mises en usage dans cette affection, aucune n'est susceptible d'un emploi plus fréquent et suivie de meilleurs résultats que la saignée locale. On peut y recourir dans toutes les formes et les périodes de la maladie, lorsque l'abdomen est le siége d'une douleur vive. Elle a l'avantage d'être supportée très-facilement, même par les femmes faibles, sans avoir l'inconvénient des saignées générales qui ont une action débilitante. Le nombre des sangsues qu'on doit appliquer est variable suivant la force du sujet; on en place vingt ou trente d'abord, puis on les renouvelle et on peut aller jusqu'à deux cents dans les vingt-quatre heures. On peut les appliquer par relai ou par fraction. Si on en met quarante on les divise en trois parties, et on remplace celles qui sont tombées dès que le sang cesse de couler. On les applique ordinaire-

ment une demi-heure après l'émission sanguine générale. Les sangsues conviennent mieux que les ventouses, à cause d'une large surface qu'il faut pour les appliquer, et de la pression qu'il faut exercer sur un ventre déjà extrêmement douloureux.

Si on recourt à la saignée générale, elle devra être explorative, et employée chez les malades d'une bonne constitution, pour faciliter l'action subséquente des sangsues. Ce moyen est très-utile ou très-nuisible, suivant l'époque où on l'emploie et la forme morbide à laquelle on a affaire. Ainsi, dans la forme inflammatoire, ses avantages sont incontestables. Employée dès le début avec hardiesse, et répétée plusieurs fois dans vingt-quatre heures, la saignée du bras peut juguler la maladie. Elle calme souvent les symptômes généraux, sans agir sensiblement sur la phlegmasie locale qu'on doit combattre par d'autres moyens, par des sangsues sur le point douloureux. Si les symptômes inflammatoires persistent, on revient à la saignée. Mais lorsque les phénomènes d'épanchement et de suppuration ont lieu, elle doit être rejetée, à moins que le pouls ne devenant dur, fréquent, la chaleur élevée, la face rouge, ne fassent craindre l'apparition de quelque phlegmasie secondaire. Dans ce cas on peut faire, comme M. Dubois a fait dans la dernière épidémie, de petites saignées exploratives, parce que quelquefois, sous l'apparence de la faiblesse et de la prostration peut se masquer un état de pléthore générale. Dans les formes typhoïde, ataxique, la saignée doit être rejetée.

Simultanément avec les évacuations sanguines on doit recourir à d'autres moyens accessoires, tels que des cataplasmes émollients, des fomentations sur le ventre, des injections adoucissantes dans le vagin. Si on emploie celles-ci, il faut éviter que les malades soient soumis à l'action de l'air, car le moindre refroidissement pourrait entraîner de graves accidents.

Les bains seraient utiles dans la fièvre puerpérale, si cette maladie n'était pas accompagnée de douleurs extrêmement vives au moindre mouvement, ce qui n'est pas sans inconvénient, et il peut arriver que les douleurs occasionnées par le transport de la malade dans la bai-

gnoire se continuent pendant le bain. D'ailleurs la malade est encore exposée à se refroidir. Cependant si elles peuvent supporter les mouvements, il faudra les baigner, parce que les bains tièdes ont souvent amené un soulagement marqué. Les malades devront y rester le plus longtemps possible.

Les boissons seront prises dans la classe des tempérants et des adoucissants.

Vomitifs. — Nous arrivons à une question de thérapeutique des plus vivement débattues que nous ayons abordées, je veux parler des vomitifs. Leur usage a été souvent conseillé dans la péritonite puerpérale, préconisé par Willis, Hume, Stoll, puis rejeté et adopté à différentes reprises. En 1782, comme nous l'avons déjà rapporté, Doulcet en obtint de si beaux résultats qu'il popularisa cette méthode qui, depuis, a compté tour à tour des succès et des revers. Il donnait l'ipécacuanha à la dose de quinze grains en deux prises, et administrait en outre une potion huileuse.

Le docteur Cliet, de Lyon, donne le vomitif en une seule fois, sans recourir à la potion huileuse. Après que l'ipécacuanha a produit son effet, il recommande les émissions sanguines qui lui paraissent indispensables. Il ne l'emploie pas, comme Doulcet, pour combattre une complication bilieuse, mais surtout pour opérer une révulsion.

Cette médication a eu de beaux résultats dans l'épidémie de fièvre puerpérale de 1828 et 1829, entre les mains habiles de Désormeaux. Elle ne paraît curative que lorsque la maladie a pris naissance au milieu d'une constitution bilieuse; car, ainsi que l'ont très bien remarqué Baglivi et Selle, elle ne peut être mise en usage quand il existe un état inflammatoire, ou que les femmes sont d'une susceptibilité nerveuse très-grande.

Ce médicament exige, de la part du praticien, une grande circonspection, et, pour qu'on puisse y recourir, il faut que la langue soit humide, pâle, couverte d'un enduit épais et exempte de rougeur; il faut

que l'épigastre soit indolent et qu'il n'existe aucune trace de phlegmasie intestinale.

Dérivatifs.—Ils ont pour but d'augmenter la sécrétion intestinale. M. Dubois les emploie souvent en même temps que les saignées ; il administre, aussitôt que le sang cesse de couler, la potion suivante : huile de ricin ℥j avec sirop de limon ℥j. que la malade prend par cuillerées. Les médecins anglais emploient le calomel à la dose de 20 grains en une seule prise ; une heure après une demi-once ou une once de sulfate de magnésie répétée jusqu'à production de selles ; ou bien ils donnent : calomel 4 grains, ipécacuanha 4 gr., opium $\frac{1}{4}$ de gr. dont on fait plusieurs paquets qu'ils administrent à quelques heures d'intervalle, et qu'ils répètent jusqu'à ce qu'il survienne des garde-robes. Ils ont porté ce médicament quelquefois jusqu'à 400 ou 500 grains, sans déterminer aucune selle ; mais la salivation qu'on doit redouter ne les arrête pas.

M. Dubois, après avoir adminstré la potion huileuse, donne à la fin du jour les narcotiques soit en pilules, soit en lavement avec 15 à 20 gouttes de laudanum de Sydenham. Ainsi, le premier jour saignée générale et locale, purgatifs et narcotiques ; mais le second jour, s'il y a des signes d'épanchement et qu'il y ait de l'affaiblissement, on ne doit plus saigner. Cependant, si la malade a conservé assez de force et qu'il n'y ait pas signe de suffusion séreuse, on doit faire une saignée locale préférablement. S'il y a un amendement notable, il ne faut pas répéter la potion purgative, afin de ne pas déterminer des vomissements qu'on doit toujours redouter. Ces moyens ne conviennent plus dès qu'il y a épanchement, et on doit recourir aux toniques.

Lorsque la fièvre puerpérale revêt la forme typhoïde, l'art ne possède aucun moyen certain pour la combattre, mais seulement quelques moyens préventifs. S'il y avait de la douleur dans l'abdomen on pourrait recourir à une saignée locale, malgré l'apparence de débilité. On appliquerait 15 à 20 sangsues, rarement plus. Si la prostration était bien prononcée, il y aurait contre-indication. On ajouterait en

même temps de légers dérivatifs sur le canal intestinal, s'il n'existait pas de dévoiement qui vient souvent compliquer cette affection.

Dans cette forme, Pontaud employait, avec une apparence de succès, les toniques stimulants, le camphre. Il donnait dans une potion 15 grains de camphre suspendu dans de la gomme arabique; il la renouvelait le lendemain. On peut l'employer en lavement à la dose de ʒj ou ʒij, suspendu également dans de la gomme arabique, ou bien en pilules uni au quinquina.

Préparations mercurielles. — Elles sont employées depuis longtemps en Angleterre, et seulement, en France, depuis 1807, par Chaussier et Laennec. Mais la gloire de les avoir employées comme méthode principale de traitement appartient à Vandezande, professeur à Anvers. Après avoir employé divers remèdes sans aucun succès, il donna avec avantage les mercuriaux qu'il administrait de la manière suivante : calomel iv gr., extr. de jusquiame iv gr., extr. gommeux d'opium $\frac{1}{4}$ gr. réunis dans un seul paquet qu'on mettait dans une potion. Il revenait au même médicament. S'il survenait des vomissements, il employait l'onguent napolitain en frictions, à la dose de ℥j par jour, afin de déterminer la salivation ; il le portait jusqu'à la dose de ℥ij à ℥iij. M. Dubois l'emploie dans la deuxième période comme adjuvant des autres moyens, mais non comme moyen spécifique. Il croit en avoir retiré quelques avantages.

Narcotiques. — Ils sont utiles pour remédier à une diarrhée abondante. On donne des lavements laudanisés qui ont l'avantage de calmer les douleurs violentes et la grande sensibilité du système nerveux, et de produire une sueur abondante.

Essence de térébenthine. — Dans une épidémie qui régna à Dublin, en 1812, l'essence de térébenthine fut employée avec succès. On administrait ce médicament à l'extérieur sur l'abdomen ; à l'intérieur on

le donnait par cuillerées à bouche dans de l'eau sucrée, ou bien en mixture ou potion, à la dose d'une once.

Vésicatoires. — M. Delaroche est le premier qui ait employé les vésicatoires et qui les ait préconisés. Il dit en avoir retiré de bons succès. M. Dubois les a expérimentés sans paraître en obtenir des effets avantageux. Cependant je les ai vu employer avec succès par M. Gendrin, dans un cas désespéré de fièvre puerpérale avec suffusion séreuse. M. Marjolin les rejette, parce qu'au lieu de produire une révulsion avantageuse, ils déterminent toujours l'inflammation de la partie du péritoine qui correspond au vésicatoire.

QUESTIONS

SUR

DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

I.

Des coliques envisagées sous le point de vue de la séméiologie.

D'après son acception étymologique, *colica*, κοιλια, ventre, on pourrait croire que ce mot désigne une affection du ventre. Mais l'usage a prévalu de lui donner un sens beaucoup plus étendu, et d'entendre *toute douleur vive, exacerbante et mobile qui a son siége dans l'abdomen, ou toute douleur d'une partie quelconque du tube intestinal.*

Toutes les coliques ont entre elles beaucoup de ressemblance et de rapports dans leurs symptômes, malgré leur nature et leur origine différentes. En effet, dans presque toutes, les malades éprouvent des douleurs plus ou moins violentes, plus ou moins durables aux environs de l'ombilic, donnant tantôt le sentiment d'une forte torsion, comme si les intestins étaient menacés d'une rupture prochaine, tantôt de chaleur vive et brûlante, tantôt de frémissement et de tremblement. A ces douleurs viennent se joindre une anxiété extrême, un resserrement intérieur, et le plus souvent des borborygmes.

Voilà, en général, les signes communs à toutes ces affections. Quant aux signes distinctifs propres à différencier telle ou telle colique en particulier, ils sont quelquefois très-manifestes, comme d'autres fois ils sont obscurs, ce qui contribue à rendre le diagnostic souvent très-difficile à établir. Aussi, pour arriver à ce but plus facilement, nous allons les

envisager sous un point de vue qui nous permettra de grouper celles qui semblent avoir le plus de rapport pour en former deux séries bien caractérisées, l'une inflammatoire, l'autre nerveuse. Dans la première, nous établirons trois ordres : le premier renfermera toutes les coliques produites par une obstruction qui détermine une irritation locale donnant lieu souvent à des symptômes généraux, telles que les coliques stercorale, vermineuse, biliaire, herniaire, squirrheuse ou cancéreuse, celles produites par des corps étrangers arrêtés dans une partie du tube digestif, la colique néphrétique. Le deuxième comprendra toutes les coliques métastatiques, telles que les coliques hémorrhoïdale, menstruelle, rhumatismale ou goutteuse. Le troisième contiendra toutes les coliques franchement inflammatoires, telles que les coliques bilieuse, celles produites par les poisons, l'entérite, la colite, la colique végétale, de cuivre. Enfin, dans la deuxième série, nous rangerons toutes les coliques nerveuses, telles que les coliques hépatique, flatulente, nerveuse, d'estomac, utérine, de plomb, de Madrid.

PREMIER ORDRE.

Coliques par obstruction.

Quoique toutes les coliques de cet ordre soient produites par une obstruction, il ne faut pourtant pas s'attendre à retrouver les mêmes signes, par la raison qu'elles sont d'une nature très-différente, et qu'elles sont loin de se ressembler sous le rapport des phénomènes inflammatoires auxquels elles donnent lieu. En effet, dans quelques-unes, les symptômes locaux phlegmasiques sont si peu marqués que la santé n'en est pas dérangée, tandis que dans d'autres il sont tellement prononcés que la vie paraît compromise. Aussi est-il difficile de donner une idée générale de ces coliques dont la plupart sont cependant annoncées par des vomissements, de la constipation ou de la diarrhée, de l'agitation, de l'anxiété, et une grande prostration.

Colique stercorale. — Elle se reconnaîtra à une constipation antérieure, à la résistance du ventre qui est dur au toucher, qui présente des tumeurs inégales, bosselées, mobiles, et à son indolence par la pression, ainsi qu'au son mat par la percussion.

Colique vermineuse. — Les auteurs ont donné une foule de signes comme étant propres à éclairer le diagnostic de cette affection, tels que le teint plombé de la face, la dilatation des pupilles, la couleur terne des yeux, la démangeaison aux narines, le dérèglement de l'appétit, les nausées, les vomissements, le dépérissement, les grincements de dents, etc. Mais on peut voir qu'aucun d'eux n'est caractéristique; cependant leur réunion peut former un ensemble de probabilités qui mettra sur la voie.

Colique biliaire. — Les signes qui annoncent l'existence de calculs biliaires dans les canaux excréteurs de la bile sont, dans le principe, très-vagues. La douleur vive ressentie dans l'hypochondre droit se propageant suivant la direction des vaisseaux hépatiques, la teinte jaunâtre de la peau, la grande gêne de la respiration, les mouvements convulsifs de l'abdomen, sont des symptômes qui peuvent le faire reconnaître, *surtout la périodicité des vomissements, des coliques, et l'irrégularité de leur retour.*

Coliques herniaires. — L'existence d'un sentiment de gêne se présentant dans le lieu même de la hernie, dû à la difficulté du cours des matières fécales et des gaz; des nausées, des vomissements, qui disparaissent promptement par la réduction de la hernie, sont autant de signes propres qui ne pourront pas être confondus avec ceux de la colique produite par un étranglement herniaire qui est accompagné d'un cortége de symptômes bien plus tranchés et bien plus caractéristiques. En effet, elle est annoncée par une douleur plus ou moins vive s'étendant de la tumeur à l'abdomen qui se météorise par la suppression des selles; par des nausées, des *vomissements stercoraux,* une altération

profonde des traits de la face, par la précipitation du pouls qui devient filiforme, et enfin par l'irréductibilité de la tumeur. Ainsi la présence d'une hernie accompagnée de pareils symptômes, quoique communs, pour la plupart, à d'autres affections, suffira pour la différencier de toute autre.

Coliques produites par la présence de corps étrangers.—Des douleurs plus ou moins vives, revêtant les caractères de véritables coliques, se font sentir dans le lieu même où ils sont arrêtés. S'ils se trouvent dans le rectum, il survient du ténesme, des envies fréquentes d'uriner, de l'ischurie, de la constipation ou de la diarrhée sanguinolente, quelquefois tous les symptômes de l'étranglement des hernies. Tous ces signes sont loin d'être caractéristiques; aussi le diagnostic sera-t-il difficile à établir, si les malades ne se rappellent pas avoir avalé des corps étrangers, si en même temps on ne sent pas la tumeur, et qu'il existe une constipation datant de quelques jours.

Coliques produites par le squirrhe ou cancer. — Lorsqu'on trouvera des coliques plus ou moins vives, quelquefois lancinantes, se répétant fréquemment, une tumeur à la région épigastrique ou dans un point quelconque de l'abdomen, coïncidant avec des digestions pénibles, des renvois acides, des vomissements de matières alimentaires, puis de matières semblables à de la suie, la teinte jaune-paille, l'amaigrissement général, il ne sera pas possible de confondre ces coliques avec aucune autre.

Colique néphrétique. — Les symptômes de cette affection parvenue à un certain degré sont tellement caractéristiques par le retour périodique des accès que son diagnostic se trouvera établi d'avance, et partant différenciée de la néphrite ; lorsqu'on les verra se manifester par une *douleur lancinante, brûlante, revenant à des intervalles plus ou moins rapprochés*, ayant son siége dans la région lombaire, se propageant le long de l'uretère jusqu'à l'aine et aux parties génitales,

donnant lieu à la rétraction du testicule, accompagnée de nausées, de vomissements opiniâtres; et si, en outre, on joint à ces signes la tension douloureuse de l'hypochondre, la constipation, la suppression ou l'émission difficile des urines, qui sont tantôt claires, limpides, tantôt rouges, brunâtres ou sanguinolentes.

DEUXIÈME ORDRE.

Coliques métastatiques.

Dans cet ordre nous allons retrouver la plus grande ressemblance dans les symptômes, parce que dans toutes ces coliques il y a transport du sang sur les intestins qui détermine à peu près les mêmes phénomènes dont la manifestation est subite, après la disparition brusque d'une dartre, de la transpiration cutanée, d'un rhumatisme, ou d'un flux naturel ou habituel, tel que le flux menstruel et hémorrhoïdal. Aussi, pour éviter les répétitions qu'il faudrait faire dans l'étude de chacune de ces coliques; nous les décrirons d'une manière générale, et nous dirons qu'elles débutent toutes par des douleurs vives et subites qui se font sentir dans tout l'abdomen qui devient tendu, ballonné, plus ou moins sensible à la pression. Ajoutons à ces signes communs que, dans la colique rhumatismale, il vient s'y joindre des nausées, des vomissements, une diarrhée sanguinolente, accompagnée de ténesme; tandis que dans la colique menstruelle il se manifeste principalement de la chaleur dans les régions hypogastrique et lombaire, de la pesanteur dans le bassin et des tranchées utérines; et enfin disons que, dans la colique hémorrhoïdale, il y a souvent ischurie ou strangurie. Ainsi la coïncidence de ces symptômes avec la disparition brusque d'un rhumatisme ou d'un flux naturel ou habituel établira d'avance le diagnostic de chacune de ces affections.

TROISIÈME ORDRE.

Coliques inflammatoires.

Toutes les coliques de cet ordre sont, à quelques exceptions près, franchement inflammatoires, et ont, par conséquent, entre elles beaucoup de ressemblance, parce qu'elles ont toutes pour point de départ une inflammation. Aussi devons-nous nous attendre à retrouver presque constamment le même ensemble de symptômes, tels que les nausées, les vomissements, la constipation ou une diarrhée bilieuse ou sanguinolente accompagnée de violentes coliques, d'un mouvement fébrile prononcé, d'une altération profonde des traits de la face avec prostration. Cependant, malgré cette grande conformité, nous verrons que chacune d'elles présentera quelques signes d'une certaine valeur séméiologique suffisante pour les différencier.

Colique bilieuse. — Dans cette colique les vomissements bilieux abondants, les évacuations alvines copieuses qui, il est vrai, peuvent se rencontrer dans d'autres affections, le délire furieux qui apparaît quelquefois dès le début ainsi que l'ictère, sont des signes importants et suffisants pour la distinguer de toutes les maladies du tube digestif, si surtout on ajoute qu'elle est épidémique, et ne s'observe que dans les pays chauds, à Bombay et sur le littoral des États-Unis.

Quoique les symptômes de la *colique produite par des poisons irritants* ressemblent beaucoup à ceux de la précédente, elle sera néanmoins reconnue très-facilement, lorsqu'on la verra se manifester subitement, chez un individu bien portant un instant auparavant, par des vomissements abondants, une grande constriction à la gorge avec une chaleur brûlante s'étendant jusqu'à l'estomac et aux intestins, une sensibilité très-vive des parois abdominales, et une altération profonde des traits de la face.

Entérite. — Les vomissements qui coïncident tantôt avec une constipation opiniâtre, tantôt avec une diarrhée de matière muqueuse semblable à de la lavure de chair, une douleur très-vive du bas-ventre, *laissant peu de relâche, revenant par intervalles sous forme d'entortillement intérieur,* sont des signes, quoique n'étant pas tous caractéristiques, qui pourront la faire reconnaître facilement; car ils n'appartiennent pas à la péritonite qui est accompagnée d'une douleur permanente et très-forte de tout l'abdomen, à l'hépatite où il y a endolorissement de tout l'hypochondre droit, et augmentation du volume du foie; à la gastrite, où le siége des souffrances est à l'épigastre.

Les signes de la *colite* sont si tranchés qu'il sera impossible de confondre les coliques qui l'accompagnent avec aucune autre, lorsqu'il y aura pesanteur au-dessus de l'anus, efforts fréquents presque continuels pour aller à la garde-robe, épreintes, ténesme, selles nombreuses sanguinolentes, mais peu copieuses.

Ceux de la *colique végétale* sont les mêmes; mais la forme épidémique qu'elle revêt presque constamment, surtout en Normandie où on l'observe, suffit pour la différencier de la colite.

Quant à la *colique de cuivre* nous observons aussi des vomissements, des selles abondantes accompagnées de coliques qui sont *permanentes* avec exacerbation. Ajoutons à ces signes, presque tous communs à d'autres affections, qu'on la rencontre principalement chez les ouvriers qui travaillent le cuivre, caractère qui permettra de la reconnaître facilement.

DEUXIÈME SÉRIE.

Coliques nerveuses.

Ces coliques, comme celles que nous venons de passer en revue, ont aussi entre elles plus d'un trait de ressemblance dans leurs symptômes. Il devait en être ainsi puisqu'elles partent toutes du système

nerveux, et qu'elles attaquent principalement les sujets qui ont ce tempérament. Leur caractère principal est de se manifester subitement par une douleur plus ou moins violente dans l'abdomen, d'être passagères, exemptes de fièvre, et de disparaître quelquefois rapidement par un flux abondant d'urines claires et limpides, sans laisser souvent aucune trace de leur existence; et enfin, contrairement à ce que l'on observe dans les coliques inflammatoires, les douleurs, loin d'être exaspérées par la pression, sont diminuées.

Colique hépatique. — Le caractère qu'offre une douleur d'être plus ou moins vive, plus ou moins durable, quelquefois continue, *souvent intermittente*, sans aucune tuméfaction, ni augmentation de sensibilité à la pression, ayant son siége dans la profondeur du foie, ne pourrait guère être confondue qu'avec la douleur déterminée par le passage ou la présence de calculs dans les voies biliaires, attendu qu'elle ne peut être attribuée à aucun vice organique.

Colique flatulente.—L'apparition subite d'un gonflement considérable de l'abdomen; la mobilité et l'inégalité du ventre, qui est indolent, et qui rend beaucoup de son par la percussion; les éructations inodores, la rareté des urines, sont une réunion de signes qui ne se rencontrent dans aucune autre colique.

Colique nerveuse (ileus). — Cette affection présente aussi un ensemble de symptômes qui lui sont presque tous propres, et très-différents de ceux de la colique d'estomac avec laquelle elle ne pourra guère être confondue, puisqu'elle survient le plus souvent à la suite d'une émotion morale et d'un refroidissement des extrémités. Elle se manifeste par une douleur vive, mobile, occupant une étendue plus ou moins considérable, diminuant et s'exaspérant tour à tour, mais toujours soulagée par la pression, et accompagnée d'une contraction spasmodique des parois abdominales, d'anxiété générale et de défaillance.

Colique d'estomac (gastralgie). — Nous trouvons également dans cette maladie une douleur vive, souvent déchirante, ressemblant à un vrai tortillement d'estomac, ou bien à une douleur obtuse accompagnée de bâillements, d'anxiété, de battements épigastriques, et quelquefois de rapports acides. Mais nous trouvons aussi que la pression, l'alimentation, l'ingestion même des spiritueux, diminuent la douleur loin de l'augmenter, ce qui est un caractère d'une grande valeur et qui la différencie de toutes les autres.

Colique utérine (hystérie). — Cette affection est bien différente des autres coliques nerveuses par la variété de ses symptômes et par la manière dont elle débute. Les malades jettent un cri semblable au hurlement du loup, ou à l'aboiement du chien, tombent et perdent *incomplètement connaissance,* entendant tout ce qui se dit auprès d'elles; en même temps il y a serrement des mâchoires, convulsion partielle de la face, roideur ou contorsion des membres avec alternative de flexion et d'extension, gonflement de l'abdomen, sentiment d'une boule qui part de l'hypogastre pour remonter à la gorge où elle fait naître la sensation de l'étouffement : ainsi, la plupart de ces symptômes appartiennent à l'épilepsie. Mais dans cette affection, la perte de connaissance est complète : il y a de l'écume à la bouche, des mouvements convulsifs des plus prononcés, et il n'y a pas, comme dans l'hystérie, le sentiment d'une boule, et à la fin de l'accès, un flux abondant d'urines claires et limpides.

Colique de plomb. — La manière dont se manifeste cette colique n'offre rien de remarquable : la plupart de ses symptômes sont ceux des autres coliques; elle débute, comme elles, par une douleur plus ou moins forte, acquérant souvent un degré tel d'acuité qu'elle arrache des cris aux malades; des nausées, des vomissements bilieux, *une constipation très-opiniâtre* avec rétraction du ventre, des douleurs dans les membres, accompagnées d'un sentiment de faiblesse; mais ce qui

la différencie suffisamment des autres, c'est son développement sous l'influence des émanations saturnines.

Colique de Madrid. — Comme dans l'affection précédente, il faut, pour le développement de la colique de Madrid, des circonstances toutes particulières qui lui donnent un caractère qu'on ne rencontre pas dans les autres, avec lesquelles il n'est pas possible de la confondre, surtout si on observe une *défécation difficile sans constipation,* avec plusieurs selles peu copieuses dans la journée, une douleur sourde dans toute l'étendue du colon, pouvant devenir très-vive à la région épigastrique, le hoquet, les vomissements et souvent l'ictère.

II.

Des obstacles à l'accouchement apportés par le col utérin.

Parmi ces obstacles, les uns s'opposent pendant un temps plus ou moins long à la dilatation du col de la matrice qui peut presque toujours s'opérer par les seuls efforts de la nature, lorsqu'il n'existe du côté de cette partie aucun vice organique; les autres, au contraire, la retardent, ou plutôt l'empêchent en apportant une résistance souvent insurmontable, qui expose la femme à de grands dangers, si l'art ne vient à son secours.

Une simple déviation suffit quelquefois pour produire cet effet, parce qu'elle incline le fœtus en l'éloignant de l'axe du détroit supérieur, et en changeant, par conséquent, la direction des efforts utérins et des muscles abdominaux. Lorsque cette courbure est assez considérable, la paroi antérieure du col, plus amincie, plus étendue que la postérieure, cède seule à la pression du fœtus poussé par les contractions utérines ; alors la déviation s'accroît, et la paroi distendue fait poche dans le vagin. Dans ce cas, les efforts de la matrice continuant, on peut voir s'opé-

rer, comme l'ont remarqué Morgagni, Baudelocque, une déchirure ou une gangrène de cette poche qui livre passage à l'enfant, ou une rupture de l'utérus (Muller). Mais le plus souvent, la nature rectifie une déviation qui n'est pas extrême ; la paroi de la matrice qui résistait davantage cède à la pression de l'enfant ; l'orifice se rapproche du centre et se dilate.

Resserrement cervico-utérin. — Ce n'est que dans les accouchements prématurés qu'on voit cet orifice opposer longtemps une résistance notable à l'effort de la poche membraneuse du fœtus, parce qu'alors il n'a pas été élargi par les progrès ordinaires de la gestation.

On peut en dire autant de l'orifice externe dont la résistance est plus commune et plus facile à constater. Elle doit toujours être primitive, et si on voit quelquefois ses bords se resserrer sur le col de l'enfant, cela n'a lieu que lorsqu'ils ont été violemment distendus par le passage forcé de la tête ou du tronc, avant que la dilatation ait pu s'opérer graduellement.

Une bride, une sorte de pli paraît quelquefois doubler l'orifice externe. Mais il est bien plus ordinaire de le voir conserver une épaisseur et une dureté assez considérables, et résister longtemps aux contractions utérines, soit que cet effet soit dû à une espèce de spasme ou à une disposition organique. Madame Lachapelle regarde cet état comme une *rigidité* qui lui paraît résulter d'une inertie par épuisement.

Dans d'autres cas, les bords de l'orifice ou même les parois du col sont le siége de cicatrice, d'une dégénérescence fibreuse, cartilagineuse ou squirrheuse qui, en lui faisant perdre son extensibilité naturelle, empêche la dilatation de s'opérer. De là, des accidents graves, tels que l'épuisement de la femme, la mort, ou bien la rupture de l'utérus. Si la dilatation se fait, elle n'a lieu que lorsqu'il se forme des fissures, à moins que le mal ne soit restreint dans des limites fort étroites, et qu'il n'y ait qu'une des lèvres du col de prise.

Des mucosités gélatineuses épaisses peuvent obstruer et agglutiner

assez fortement l'orifice vaginal pour s'opposer à la dilatation qui ne s'opère qu'après de vives et longues douleurs, et un amincissement excessif des parois environnantes, de telle sorte qu'on peut croire, dans ce cas, que les membranes de l'œuf séparent seules du doigt de l'accoucheur la tête du fœtus, car le col utérin n'offre aucune apparence d'ouverture.

L'imperforation du col ne devient un obstacle à l'accouchement qu'autant qu'elle est accidentelle, et l'effet d'une maladie qui a eu lieu depuis la conception, à la suite de l'inflammation du col. C'est un accident grave qui pourrait amener une rupture de la matrice, si malheureusement on venait à méconnaître cet état.

Les polypes qui se développent dans l'intérieur du col ou aux bords de son orifice peuvent, par leur volume, apporter un obstacle à l'accouchement en se plaçant devant la tête ou les épaules.

On doit encore signaler comme complication de la parturition les tumeurs fongueuses qui prennent naissance sur le col utérin. Denman en rapporte une observation de cette espèce qui eut des résultats funestes pour la femme qui mourut d'hémorrhagie au huitième mois.

III.

Des fonctions du nerf glosso-pharyngien.

Dans l'état actuel de la science, il est difficile d'assigner les véritables fonctions du nerf glosso-pharyngien, vu la divergence d'opinions des physiologistes sur ce point. Les uns, MM. Richerand et Adelon, tout en le regardant comme servant à combiner les actions de la langue au pharynx, pensent que ce nerf, dont les filets se distribuent exclusivement à la membrane muqueuse de la base de la langue, du pharynx, et des piliers du voile du palais, doit être l'agent de transmission des saveurs qui ont impressionné ces parties douées d'une

sensibilité gustative très-prononcée. Les autres, M. Vernière, entre autres, ont constaté, par une série d'expériences faciles à répéter, que toute la portion de la langue recouverte de papilles est à peu près nulle dans la perception des saveurs ; que la pointe et les parties latérales, bien que plus sensibles, ne perçoivent que des saveurs fort intenses, acides. La base de la langue, le pharynx et les piliers du voile du palais jouissent au plus haut degré de la faculté gustative. Telle est encore l'opinion du professeur Panizza qui, dans plusieurs expériences, excisa une portion de ce nerf, et produisit la perte totale du goût en laissant à la langue ses mouvements et sa sensibilité. M. Magendie rapporte que la section du lingual qui laisse intacte la liberté des mouvements de la langue, fait perdre à cet organe la faculté d'être sensible aux saveurs, mais que dans ce cas, le palais, les gencives, la face interne des joues, conservent leur sensibilité. Enfin, M. de Blainville conjecture que le sens du goût ne peut être ni assez spécial, ni assez peu étendu pour n'avoir qu'un système nerveux isolé, et qu'ainsi les trois nerfs de la langue servent au goût. Cependant, malgré cette opposition d'opinions, on regarde généralement aujourd'hui le glosso-pharyngien comme le nerf présidant au sens du goût.

IV.

De l'élasticité et de la compressibilité des fluides élastiques. Loi de Mariotte ; sa démonstration.

L'*élasticité* des gaz se démontre par la pression qui diminue leur volume, qu'ils reprennent dès que cette pression cesse. Rien n'est plus facile que de le prouver : si l'on enfonce un piston dans une pompe fermée de toutes parts, on diminue par une pression plus ou moins forte le volume d'air accumulé dans le corps de pompe. Mais aussitôt que la pression cesse, le piston remonte au même point d'où on l'avait fait descendre, c'est-à-dire, que le gaz reprend son volume primitif.

La *compressibilité* se démontre de plusieurs manières : 1° par l'expérience précédente ou par le fusil à vent ; 2° par le tube de Mariotte. Cet instrument consiste dans un tube recourbé, offrant deux branches droites : l'une, beaucoup plus courte, et fermée à son extrémité libre, l'autre, beaucoup plus grande, ouverte. Si, par celle-ci, on verse assez de mercure pour remplir la courbure, on verra qu'il sera au même niveau dans les deux branches, et on aura renfermé dans la plus petite un certain volume d'air qui sera pressé par le poids de l'atmosphère, équivalant à une colonne de mercure de 28 pouces. Et si, dans cet état, on verse dans la branche une telle quantité de mercure qu'il s'élève à 28 pouces au-dessus de son niveau dans la partie du tube le plus court, il est évident que cette colonne comprimera l'air d'un nouveau poids égal à celui qui représentait la pression de l'atmosphère : on aura donc doublé la pression, et le volume d'air sera réduit à moitié. A mesure qu'on en ajoutera une plus grande quantité, la pression continuera d'augmenter, et l'air renfermé dans la plus petite branche diminuera de volume. De là, cette loi établie par Mariotte :

L'élasticité des gaz est toujours directement proportionnelle aux pressions qu'ils supportent, et les volumes inversement proportionnels à ces pressions.

